

Muschalla, B., Bengel, J., Morfeld, M., & Worringen, U. (2018). Perspektiven einer teilhabeorientierten Psychotherapie in Anlehnung an die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). *Die Rehabilitation*, 57, 233-238.

Perspektiven einer Teilhabeorientierten Psychotherapie¹

in Anlehnung an Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Beate Muschalla^{1,4}, Jürgen Bengel², Matthias Morfeld³, Ulrike Worringen⁴

¹ Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Freien Universität Berlin

² Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

³ Rehabilitationspsychologie, System der Rehabilitation, Hochschule Magdeburg-Stendal

⁴ Deutsche Rentenversicherung Bund

Korrespondenzadresse:

Dr. Beate Muschalla, Psychologische Psychotherapeutin VT

Klinische Psychologie und Psychotherapie

Freie Universität Berlin, Habelschwerdter Allee 45

14195 Berlin

Beate.muschalla@gmx.de

¹ Diese Arbeit ist eine erweiterte und modifizierte Version des bereits im Psychotherapeutenjournal veröffentlichten Artikels (mit freundlicher Genehmigung):

Muschalla, B., Bengel, J., Morfeld, M., & Worringen, U. (2016). Herausforderungen einer teilhabeorientierten Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 01/2016, 37-42.

Analog gibt es ein Empfehlungspapier der DGRW: Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) zur Reform der Psychotherapeutenausbildung. Online abrufbar unter: http://www.dgrw-online.de/files/stellungnahmedgrw_ptreform.pdf

Zusammenfassung

Psychische Erkrankungen, wie rezidivierende affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder auch psychotische Erkrankungen, gehen für die betroffenen Menschen häufig mit anhaltenden Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben einher. Daher spielt bei ihrer psychotherapeutischen Behandlung – unabhängig ob stationär oder ambulant - die Rehabilitations- bzw. Teilhabeorientierung im Sinne des SGB IX eine bedeutsame Rolle. Teilhabeorientierte Behandlung hat zum Ziel, dass ein Patient auch mit einer chronischen Erkrankung in beruflichen und sozialen Lebensbezügen integriert sein soll. Behinderung im Sinne der krankheitsbedingten Beeinträchtigung in bestimmten Lebensbereichen soll überwunden werden. In der alltäglichen Psychotherapiepraxis sind teilhabe- und rehabilitationsorientierte Inhalte bei psychischen Erkrankungen seit jeher von großer Bedeutung. Um in der Psychotherapie das Teilhabemodell nutzbar zu machen, ist eine verfahrensübergreifende Orientierung am biopsychosozialen Krankheitsverständnis sinnvoll, welches der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF) zugrunde liegt. Kenntnisse über die Vielfalt medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitationsmöglichkeiten im deutschen Sozialversicherungssystem sind notwendig, um eine teilhabeorientierte Psychotherapie bei chronisch kranken Patienten durchzuführen zu können.

Schlüsselwörter

Psychische Erkrankungen, chronische Erkrankungen, Behinderung, Psychotherapie, ICF, Teilhabe

Abstract

Mental disorders (such as recurrent mood disorders, personality disorders, or psychotic disorders) come along with enduring impairment in daily life activities. Therefore psychotherapeutic actions in inpatient or outpatient settings require a life-span and participation-oriented treatment perspective. Participation-oriented treatment aims at social and vocational integration in general life despite enduringly recurring or resting symptoms. According to the model of health problems offered by the *International Classification of Functioning, Disability and Health*, ICF (WHO, 2001), *disability* can be defined as context-dependent activity impairment due to illness. Disability is not the person's illness itself, but depends on the interaction of health status and contextual conditions. This context-dependent impairment shall be overcome with the help of treatment. In psychotherapy, the perspective of participation over the life-span has always been of great importance. However, it has until now hardly been mentioned explicitly.

For practical handling of the ICF philosophy, its bio-psycho-social model of health problem-description is useful. Psychotherapists should gain knowledge on medical, vocational, and social rehabilitation treatment aims, institutions and the health care system. Psychotherapists may serve, similar to family physicians, as a case manager of illness processes. They do not only aim reducing mental illness symptoms, but focus on life-span management of the mental disorder. The aim is mainly to improve patients' daily life participation.

Key words

Mental disorders, chronic disorders, disability, psychotherapy, ICF, participation

Hintergrund

Das zentrale Ziel der medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX) bei Menschen mit chronischen Erkrankungen ist es, die Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben zu verbessern oder zu sichern (oder auch Chronifizierung zu verhindern). Dieses Ziel der Teilhabeförderung stellt sich insbesondere bei Menschen mit psychischen Erkrankungen: psychische Erkrankungen stellen einen zunehmend größeren Anteil an den Fällen von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung [1-3]. Die Zahl der Patienten, die wegen psychischer Erkrankungen eine medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen, ist über die vergangenen Jahre hin stetig gestiegen [1]. Von daher verdient diese Patientengruppe in der medizinischen Rehabilitation besondere Aufmerksamkeit.

Psychische Erkrankungen sind ihrer Natur nach längerfristige, oft sogar lebenslange Erkrankungen [4]. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die nur wenige Wochen dauern, müssen von daher eingebunden sein in die langfristige Behandlung dieser Patienten im Rahmen der medizinischen Grundversorgung [5]. Für die Behandlung von psychisch kranken Menschen steht eine große Vielzahl an Betreuungsmöglichkeiten zur Verfügung. Dazu gehören niedergelassene Hausärzte und Fachärzte sonstiger somatischer Disziplinen, wie z. B. Gynäkologen, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten, Akut-Krankenhäuser für Psychiatrie und/oder Psychosomatik und schließlich somatische und psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen. Weiterhin zu berücksichtigen sind Selbsthilfegruppen, Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige, Beratungsstellen für unterschiedlichste Problemlagen, Notfalltelefone, Onlineinterventionen, Suchthilfe-Einrichtungen [6]. Diese Behandlungsangebote im Verlauf sinnvoll zu nutzen und zu koordinieren (zum richtigen Zeitpunkt die richtige Weichenstellung und Intervention zu finden), ist eine wichtige Aufgabe im Prozess der „Rehabili-

tation“ psychischer Erkrankungen, d.h. einer lebensspannen- und teilhabeorientierten orientierten Behandlung.

Psychotherapie ist nicht gleich Psychotherapie?

Es gibt sehr unterschiedliche Formen der psychotherapeutischen Behandlung für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dazu gehört die supportive Psychotherapie und das sogenannte Case-Management durch niedergelassene Ärzte, konfliktzentrierte Gespräche, die langfristige Patientenführung und Behandlungscoordination durch niedergelassene Fachärzte, Kriseninterventionen, die psychosomatische Grundversorgung, die fachärztliche Psychotherapie und schließlich auch die Richtlinienpsychotherapie [6]. Nach epidemiologischen Untersuchungen wurde von allen Versorgungsformen die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen am häufigsten genutzt: 34.8% waren irgendwann einmal im Leben in einer ambulanten Behandlung, 13.6% in den letzten 12 Monaten [7]. In einer Stichprobe von Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen in Hausarztpraxen waren 36.5% zum Untersuchungszeitpunkt auch parallel in einer Psychotherapie [6]. Quantitativ haben Psychologische Psychotherapeuten zusammen mit Hausärzten den größten Anteil an den psychotherapeutischen Leistungen [8].

Im Zusammenspiel mit stationären Reha-Behandlungen kommt ambulanten Psychotherapeuten eine besondere Bedeutung zu (§ 26 SGB IX). Ambulante Psychotherapeuten sind Kooperationspartner vor oder nach der Durchführung von stationären Reha-Behandlungen. Bei bis zu 82% der Patienten einer psychosomatischen Rehabilitation wird für die Weiter- und Nachbehandlung eine ambulante Psychotherapie empfohlen [9,10].

Psychotherapie in der Rehabilitation

Was bedeutet Rehabilitations- und Teilhabeorientierung nun im Arbeitsalltag für die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten - stationär wie ambulant? Sie telefonieren mit

Kollegen, Vorbehandlern, ergo- oder sozialtherapeutischen Mitbehandlern innerhalb und außerhalb von Rehabilitationseinrichtungen, um den Behandlungsverlauf ihres Patienten abzustimmen. Sie nehmen Patienten neu auf, die bereits zuvor in Behandlungen waren, etwa wegen einer wiederkehrenden depressiven oder persistierenden Angsterkrankung. In der Behandlung geht es häufig weniger darum, beim Patienten beispielsweise „die Paniksymptome vollständig zu beseitigen“, sondern vielmehr um Fragen der Art „Wie schaffen Sie es einkaufen zu gehen, auch wenn Sie eine Panikattacke bekommen könnten“. Teilhabeorientierte Behandlungsaktivitäten von Psychotherapeuten sind prinzipiell vielfältig, jedoch wurde bislang im ambulanten Behandlungssetting der Aspekt der Rehabilitation und Teilhabe eher nachrangig betrachtet. Auch empirische Daten zu Machbarkeit und Versorgungsroutinen bzgl. der Teilhabeförderung in der ambulanten Psychotherapie fehlen derzeit.

In der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, ambulant wie stationär, geht es um die Behandlung von chronischen Krankheiten und Beeinträchtigungen, also von Krankheitsverläufen [11,12]. Neben das Ziel der Symptombehandlung der Krankheit tritt im Sinne einer *rehabilitations- bzw. teilhabeorientierten* Psychotherapie häufig auch das Ziel, Fähigkeiten zu trainieren und eine Wiederherstellung der Teilhabe in Alltag und Beruf zu erreichen: Der Patient soll in die Lage versetzt werden, wieder ins Kino, zum Sport oder zur Arbeit zu gehen, auch wenn Symptome bestehen bleiben oder wiederkehren (können).

Manchmal ist auch bei unveränderter Symptomatik und gravierenden Fähigkeitsbeeinträchtigung eine Kontextänderung notwendig. So ist bspw. auch eine durch den Psychotherapeuten angestoßene Anpassung des Arbeitsplatzes (z.B. Umsetzung eines Patienten mit sozialer Phobie aus einer Tätigkeit mit 80% Verkaufstätigkeit in eine Tätigkeit mit reduzierter Kontaktfähigkeitsanforderung im Back Office) eine teilhabeorientierte psychotherapeutische Intervention. Rehabilitations- bzw. teilhabeorientierte Psychotherapie spielt sich also auf drei Ebenen ab:

- Reduktion der Symptomatik,
- Fähigkeitstraining und
- Kontextanpassung.

Sich diesem Ziel der Teilhabeförderung auf diesen verschiedenen Ebenen annähern zu können, erfordert beim Psychotherapeuten nicht nur ein breites störungs- und interventionsbezogenes Wissen und Fertigkeiten, sondern auch Kenntnisse über die Strukturen des Gesundheitssystems, sozialmedizinische Kenntnisse, Wissen über kontextbezogene Behandlungsmöglichkeiten der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung und eine teilhabeorientierte Grundhaltung.

Der Anteil der Rehabilitationsleistungen wegen psychischer Erkrankungen ist in den letzten Jahren signifikant gestiegen. Aktuell sind psychische Erkrankungen (neben Muskel-Skelett-Erkrankungen) der häufigste Anlass für eine medizinische Rehabilitationsbehandlung [13]. In Anlehnung an den Lernzielkatalog Medizin [14-16] sowie die Checkliste für Rehabilitationsbehandlungen bei psychischen Erkrankungen [6] sollen im Folgenden wichtige teilhaberelevante Inhalte zusammengestellt werden, die im Rahmen der ambulanten wie stationären rehabilitationspsychotherapeutischen Behandlung Berücksichtigung finden sollten. Rehabilitation sollte von Psychotherapeuten nicht (nur) im strukturellen Sinne als ein Versorgungsbereich im Gesundheitswesen verstanden werden (klassisch „die Rehaklinik“). Rehabilitation stellt vielmehr einen Prozess und ein Grundverständnis dar, wie Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderung unter Berücksichtigung wichtiger Kontextfaktoren zur bestmöglichen Teilhabe befähigt werden können.

Teilhabeorientierung bei psychischen Erkrankungen

Krankheitsfolgenorientierung und der funktionale Gesundheitsbegriff

Ein grundlegendes unverzichtbares Konzept zum Verständnis und zur Beschreibung des Teilhabe- und Rehabilitationsgedankens ist die auf dem biopsychosozialen Modell der WHO basierende *Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* ICF [17,18]. In der ICF werden Gesundheitsprobleme als mehrdimensionale biopsychosoziale Phänomene verstanden. Ein Gesundheitsproblem wird im Sinne der ICF nicht nur über die Krankheitssymptomatik beschrieben, sondern es geht um die aus der Symptomatik folgenden Beeinträchtigungen in Aktivitäten und - in Interaktion mit Kontextfaktoren - der Teilhabe in bestimmten Alltagskontexten (z.B. die krankheitsbedingte Beeinträchtigung, die Rolle der Mutter, Bürokollegin, oder Vereinsvorsitzenden angemessen auszufüllen). Damit erlangen auch die *Kontextfaktoren* an sich (z.B. ist ein Arbeitsplatz vorhanden oder nicht?) unmittelbare Bedeutung für die Beschreibung und Behandlung eines Gesundheitsproblems.

[Abbildung 1 hier einfügen]

Obwohl der Gedanke eines biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses nicht neu ist [19], so hat sich doch erst mit der Einführung der ICF ein Verständnis von funktionaler Gesundheit etabliert. Gesundheit bedeutet nach diesem Verständnis, dass jemand im Leben etwas tun kann (z.B. einkaufen gehen, zur Arbeit gehen), am (sozialen) Leben teilhaben kann, trotz einer Erkrankung und Symptomatik (z.B. übermäßige Sorgen im Rahmen einer generalisierten Angsterkrankung). Auch hat die ICF den Behinderungsbegriff beeinflusst, weg von der Idee der Behinderung als Personfaktor, hin zum Verständnis des sozialen Modells von Behinderung als kontextbedingter Beeinträchtigung mit ihren spezifischen Folgen.

Mit dem Bild des Rollstuhlfahrers vor einer Treppe oder vor einer Rampe: Jemand ist nicht behindert, sondern wird behindert. Im Beispiel eines Patienten mit einer sozialen Phobie kann

dies bedeuten, dass dieser Mensch mit eingeschränkter Kontaktfähigkeit als Verkäufer arbeitsunfähig ist, in der Buchhaltung jedoch gut leistungsfähig sein kann.

Psychische Erkrankungen als chronische Erkrankungen

Rehabilitation bedeutet Befähigung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen zur sozialen Teilhabe über die Lebensspanne hinweg (SGB IX) [20]. Erkrankungen die (trotz Behandlungen) über sechs Monate oder länger persistieren und zu überdauernden Beeinträchtigungen im alltäglichen Lebensvollzug führen, werden fachlich [21,22] wie sozialrechtlich (§ 2 SGB IX) als Behinderungen verstanden. Psychische Erkrankungen können zu längerfristigen Beeinträchtigungen in zentralen Lebensbereichen führen (z.B. ausbleibende Beförderung aufgrund der Unfähigkeit einen Vortrag zu halten bei sozialer Phobie). Diese Beeinträchtigungen sind oft schwerwiegender als die Symptomatik (z.B. dysfunktionale Kognitionen und Vermeidungsverhalten) an sich. Somit ist eine soziale Phobie eine bzgl. der Symptomatik im Querschnitt vergleichsweise harmlose Erkrankung, die jedoch mit überdauerndem Charakter zu schwerwiegenden Problemen im Lebensvollzug führen und biografische Entwicklungsmöglichkeiten einengen kann. Soziale Phobien, affektive Erkrankungen, Angsterkrankungen, Anpassungsstörungen, hirnorganische Erkrankungen sind häufig chronische Erkrankungen, die eine Teilhabe- und Lebensspannen-orientierte Diagnostik und Behandlung benötigen.

Behandlung psychischer Erkrankungen unter der Fähigkeits- und Teilhabeperspektive

Rehabilitations- und teilhabeorientierte psychotherapeutische Behandlung kann im Sinne der ICF als eine Gesundheitsstrategie auf mehreren Ebenen verstanden werden: Es geht darum, Funktionsfähigkeit und Teilhabe zu fördern unter Berücksichtigung der Interaktion des Gesundheitszustandes und der möglichen Aktivitäten mit den Umgebungsbedingungen [23, 24].

Im Sinne der ICF können Behandlungen auf verschiedene Ebenen abzielen: auf eine Reduktion von Krankheitssymptomatik (z.B. Angstmanagement, Exposition), eine Förderung von Bewältigungsfähigkeiten (z.B. soziales Kompetenztraining), und/oder eine Veränderung von Kontextfaktoren (z.B. Arbeitsplatzanpassung). Insbesondere bei Langzeiterkrankungsverläufen hat die Behandlung zum großen Teil das Ziel der Förderung von Fähigkeiten und kontextbezogen der Teilhabe. Zu den Kernkompetenzen eines Psychotherapeuten muss es daher gehören, dieser Teilhabeorientierung in der Behandlung gerecht zu werden. Überdauernde Krankheitsverläufe findet man häufig in der stationären medizinischen Rehabilitation, jedoch auch in der Primärversorgung [5]. Daher sollten Psychotherapeuten sich mit den Behandlungsmöglichkeiten nicht nur von Krankheitsepisoden, sondern auch mit Behandlung im Hinblick auf Krankheitsverläufe auskennen. Dies gilt unabhängig davon, ob sie in einer Rehabilitationseinrichtung arbeiten oder in der ambulanten Versorgung.

In psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen bei psychischen Erkrankungen und auch bei psychischer Komorbidität bei somatischen Erkrankungen geht es darum, allgemeine Bewältigungsfähigkeiten aufzubauen, zu Lebensstiländerungen zu motivieren und die soziale Teilhabe zu fördern. Psychotherapie ist hier als fähigkeits- und bewältigungsorientierte Behandlungsform zu verstehen [25]. Soziale Kompetenz, Problem- und Zeitmanagement, Selbstberuhigungs- und Selbstmanagement sowie Emotionsregulation dienen der Bewältigung. Der Teilhabegedanke stärkt die Perspektive der Krankheitsfolgenbewältigung in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Neben dem Ziel der Reduktion von Krankheitssymptomen geht es um Kompensation überdauernder Beeinträchtigungen. Dies kann im Sinne einer Kompensation nach dem SOC-Modell der *Selektiven Optimierung und Kompensation* verstanden werden, d.h. analog zur Idee des gelungenen Alterns [26]. Vorhandene Fähigkeiten sollen trainiert und erhalten werden (z.B. Organisationstalent), um überdauernde Defizite in anderen Bereichen (z.B. Sprechen vor Publikum) auszugleichen.

Diese Teilhabe- und Kontextorientierung in der psychotherapeutischen Behandlung ist kein neuer Gedanke: Soziale Umwelt, Bezugspersonen und Konfliktpartner in der Familie, bei der Arbeit und das ambulante oder stationäre Behandlungsteam sind schon immer Gegenstand von psychotherapeutischen Behandlungen, z.B. mit dem Ziel der Unterstützung durch Angehörige bzgl. der Behandlungs-Compliance oder Rückmeldungen über Problemverhalten.

Behandlungskoordination

Patienten mit chronischen Erkrankungen sind bei unterschiedlichen Ärzten und ggf. in zeitlich befristeten Psychotherapien, ergotherapeutischen Behandlungen oder berufsbezogenen Trainings eingebunden. Der gute fachliche Austausch im multiprofessionellen Team zur Behandlungskoordination spielt nicht nur in der Teamarbeit in einer Rehabilitationseinrichtung eine wichtige Rolle, sondern auch in der niedergelassenen Psychotherapiepraxis, wenn es darum geht, mit Mitbehandlern oder Institutionen (z.B. Hausarzt, Krankenkasse, Rentenversicherung) Weichenstellungen für den weiteren Behandlungsweg vorzunehmen. Hier geht es u.a. um Fragen, ob und wann im Verlauf eine medizinische oder eine berufliche Rehabilitationsleistung durchgeführt werden sollte, und auch, wie und welche Nachsorgemaßnahmen nach einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung genutzt werden können [27]. Da Rehabilitation nicht nur das ist, was in und um eine Rehabilitationseinrichtung stattfindet, sind auch weitere Felder mitzudenken, wie bspw. Entwicklungsförderung bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen oder Entwicklung von Lebensperspektiven bei älteren Menschen, die auch jenseits des Berufs liegen.

Berufs- und Arbeitsorientierung

Für Psychotherapeuten gehört es im Sinne der Teilhabeförderung zentral zu ihren Aufgaben, sich um den Lebensbereich „Arbeit“ bei ihren Patienten zu kümmern. Dies bedeutet auch die Kenntnis sozialmedizinischer Aspekte wie die Diagnostik und die Beschreibung von Ar-

beits(un)fähigkeit im Sinne eines psychologischen Fähigkeitsbefunds [28,29]. Kenntnisse über arbeitspsychologische Grundlagenkonzepte im Sinne von Arbeitsanforderungsanalysen und Verständnis des Person-Environment-Fit (Person-Job-Passung [30], „leidensgerechte“ Arbeitsplätze) sind eine wichtige Voraussetzung, um Leistungen zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation [31] zu verstehen und anzuwenden. Auch Kenntnisse spezieller Erkrankungszustände mit Bezug zum Lebensbereich Arbeit, wie bspw. die arbeitsplatzbezogenen Ängste und deren Behandlungsmöglichkeiten [32], oder arbeitsbezogene Anpassungsstörungen sind von zentraler Bedeutung. Arbeitsbezogene Problemstellungen sind nicht nur bei Patienten mit psychischen Erkrankungen zu beobachten, sondern kommen auch in der somatischen Rehabilitationsmedizin vor. Berufliche Wiedereingliederungsprozesse [27] rechtzeitig [33] und in guter Kooperation mit dem Arbeitgeber anzustoßen und zu managen ist ebenfalls eine wichtige Behandlungsmaßnahme, die ambulant wie stationär durch Psychotherapeuten unterstützt werden kann. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation ist der Psychotherapeut ggf. in einer Doppelfunktion als sozialmedizinischer Gutachter und Therapeut in einer Person mit Patienten tätig. Dies entspricht - anders als in anderen Gesundheitssektoren - der alltäglichen Arbeitsrealität in Rehabilitationseinrichtungen. Psychotherapeuten dort erleben dieses Spannungsfeld. Erfahrungen zeigen, dass man diese nicht ganz einfache Doppelrolle aber auch therapeutisch nutzen kann. Man kann im Sinne einer für den Patienten günstigen Weichenstellung die problematischen Themen ansprechen (z.B. Langzeitarbeitsunfähigkeit verstärkt Angst vor der Arbeit), den Patienten dort abholen wo er/sie steht, Problemklärung unternehmen (z.B. Vermeidung sollte unterbrochen werden), Motivationsarbeit leisten (z.B. was hat es Gutes, wenn der Patient einen Arbeitsversuch starten würde). Man kann dann die Leistungsbeurteilung (z.B. vom Fähigkeitsniveau her ist der Patient in der Lage, seine Büroarbeit zu erledigen) im Zusammenhang mit einer therapeutisch sinnvollen Richtung mit dem Patienten besprechen (z.B. Aufgabe von Vermeidungsverhalten bzgl. der Arbeit durch Einleiten einer stufenweise Wiedereingliederung). Es kann therapeutisch richtungsweisend

sein für das Kompetenzerleben des Patienten, wenn man nach einer abgeklungenen depressiven Episode einem noch ambivalenten Patienten eine günstige Erwerbsprognose und Arbeitsfähigkeit empfiehlt.

Andererseits kann eine Attestierung von Leistungsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bei einem Patienten mit krankheitsbedingter Selbstüberschätzung eine notwendige Schutzmaßnahme sein. Damit einhergehen kann ggf. eine Empfehlung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, bspw. mit Umorientierung auf andere Berufsfelder. So kann bspw. ein Patient mit einem hirnorganischen Psychosyndrom als Krankenpfleger arbeitsunfähig sein, wenn er nicht mehr in der Lage ist, Medikamente zu stellen. Eine mögliche diskrepante Selbsteinschätzung des Patienten als „leistungsfähig“ ändert nichts an der fachlichen sozialmedizinischen Einschätzung „leistungsunfähig für diese Tätigkeit als Krankenpfleger“.

Psychische Komorbidität und psychosoziale Interventionen bei somatischen Erkrankungen

Neben der Behandlung psychischer Erkrankungen ist es auch von Bedeutung, sich mit Phänomenen der „psychischen Komorbidität“ bei somatischen Erkrankungen auseinanderzusetzen. In Kooperation mit Ärzten „psychische Erkrankungen“ oder auch „Gesundheit“ bei Patienten mit bspw. Herzinfarkt oder Schlaganfallfolgen richtig diagnostizieren und zielführende Behandlungen einleiten zu können, ist eine wichtige Kompetenz für Psychotherapeuten [34-36]. Hierbei kommt es insbesondere auf eine sorgfältige klinische Differentialdiagnostik an, um die verschiedenen Phänomene unterscheiden zu können: Handelt es sich um eine psychische Begleitsymptomatik im Rahmen einer somatischen Erkrankung, oder um Medikamentennebenwirkungen, oder um iatrogen oder erkrankungsbedingt verursachte psychische Irritation („Mein Therapeut meinte, der Stress sei zu groß gewesen“, „Darf ich mich denn nach Herzinfarkt noch bewegen?“), oder um eine echte psychische Erkrankung? Nicht jeder de-

pressiv anmutende oder geklagte Zustand eines Patienten nach Herzinfarkt ist gleichzusetzen mit einer depressiven Erkrankung [37].

Bei psychisch gesunden Patienten mit somatischen Erkrankungen ist ggf. eine Patientenschulung oder eine psychoedukative Gruppe (d.h. keine Psychotherapie) indiziert: In der Patientenschulung geht es vor allem um Behandlungs- und Medikamenten-Compliance, Wissensvermittlung und Aufbau von Krankheitsmanagementfähigkeiten sowie den Aufbau von gesundem Verhalten hinsichtlich Ernährung und Bewegung im Alltag [34].

Ärztliche und psychologisch-psychotherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung

Es gibt eine Reihe von Stellen, die sich mit der Vermittlung reha- und teilhaberelevanter Inhalte in die Aus-, Fort- und Weiterbildung für Rehabilitationsfachkräfte verschiedener Berufsgruppen befassen. Hinweise zu reha-relevanten Inhalten findet man beispielsweise im Lernzielkatalog Medizin 2015 [14-16], in der Zertifizierungsordnung des „Fachpsychologe für Rehabilitation“ [38], im Expertenpapier der Deutschen Rentenversicherung zu Handlungsfeldern bei psychischen Erkrankungen [39], aktuellen Diskussionen zur Strukturreform der Psychotherapieausbildung (z.B. Kommission Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs [40]; BPtK [41]). Daneben gibt es Literatur und Fortbildungsangebote zur Erweiterung der sozialmedizinischen Kompetenz für psychotherapeutische Settings [28,29].

Im Medizin- und Psychologiestudium sollte in den fortgeschrittenen Studienabschnitten verstärkt der Teilhabegedanke in der Diagnostik und Behandlung vermittelt werden und dies anhand unterschiedlicher Störungsbilder und unterschiedlicher Stationen im Krankheitsverlauf reflektiert werden. Hier kann bspw. eine Depressionsbehandlung unter der Verlaufsperspektive erlernt werden: Behandlung einer akuten depressiven Episode im Rahmen einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie mit dem Ziel der Symptomreduktion, Behandlung einer Depression unter der Perspektive des Krankheitsverlaufs und mit dem Ziel der Teilhabe-

förderung im Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitation und kontextorientierte Mitbehandlung einer Depression im Rahmen eines betrieblichen Eingliederungsmanagements in Kooperation mit einem Betriebsarzt. Auch settingspezifische Besonderheiten in den verschiedenen Versorgungsbereichen entsprechend des gegliederten Sozialsystems (z.B. Rolle als Behandler in der ambulanten Richtlinienpsychotherapie versus Rolle als Gutachter und Behandler in einer Rehabilitationseinrichtung) sollten Berücksichtigung finden.

Rehabilitationsmedizin und rehabilitationsorientierte Psychotherapie brauchen Kompetenzen für eine sektorenübergreifende Gesamtbehandlung, die sich einer Behandlung auf Symptom-, Fähigkeits-, und Kontextebene bedient. Psychotherapeuten benötigen ein Verständnis zur Behandlung von Krankheitsverläufen (statt nur der aktuellen Krankheitsepisode), um (auch) ihrem Auftrag gerecht zu werden, „Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten...“ (§ 26 SGB IX).

Literatur

1. *DRV Deutsche Rentenversicherung Bund*. Rentenversicherung in Zahlen 2014. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: DRV Bund; 2014
2. *Lahelma E, Pietiläinen O, Rahkonen O et al*. Common mental disorders and cause-specific disability retirement. *Occupational and Environmental Medicine* 2015; 72: 181–187
3. *Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K et al.*, Long-term sickness absence and disability pension with psychiatric diagnosis: a population-based cohort study. *Nordic Journal of Psychiatry* 2008; 62: 294–301
4. *Stansfeld SA, Clark C, Caldwell T et al*. Psychosocial work characteristics and anxiety and depressive disorders in midlife: the effects of prior psychological distress. *Occupational and Environmental Medicine* 2008; 65: 634–642
5. *Muschalla B, Keßler U, Schwantes U et al*. Rehabilitationsbedarf bei Hausarztpatienten mit psychischen Störungen. *Die Rehabilitation* 2013;52: 251–256
6. *Linden M, Muschalla B, Keßler U et al*. Reha in der Hausarztpraxis. Rehabedarfsfeststellung, -zugang, -steuerung, -koordinierung, -optimierung und –verstetigung bei psychischen Erkrankungen unter Mitwirkung niedergelassener Ärzte. Eine Untersuchung zum Stand und zu den Optimierungsmöglichkeiten durch ein Rehakonsil. Abschlussbericht zum Modellprojekt. Berlin: DRV Bund; 2012
7. *Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al*. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-MentalHealthModule (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2014; 23: 289–303
8. *toppe G*. Psychotherapeutische Versorgung. Es gibt keine Gesundheit ohne psychi-

S

sche Gesundheit. Deutsches Ärzteblatt 2013; 110: 543–547

9.

S

cheidt CE, Hofmeister M, Kraft J et al. Wege in die psychosomatische Rehabilitation – Differenzielle Indikationsstellung an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und psychosomatischer Rehabilitationsklinik. Die Rehabilitation 2015; 54: 74–80

10. *Nübling R, Kaluscha R, Krischak G et al.* Psychische Beeinträchtigung und Empfehlung sowie Inanspruchnahme von Psychotherapie nach medizinischer Rehabilitation – weitere Ergebnisse der „Reha-QM-Outcome-Studie“. DRV-Schriften 2015; 107: 315–318

11. *Wittchen HU, Fehm L.* Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl. 2003; 417: 4–18

12. *Wittchen HU, Mühlig S, Pezawas L.* Natural course and burden of bipolar disorders. International Journal of Neuropsychopharmacology 2003; 6: 145–154

13. *BPtK.* BPtK-Studie Versorgung psychisch kranker Menschen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: BPtK Bundespsychotherapeutenkammer; 2014

14. *GMA.* Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM). Kiel: Medizinischer Fakultätentag 4.6.2015, GMA Gesellschaft für medizinische Ausbildung; 2015

15. *Mau W, Gülich M, Gutenbrunner C et al.* Lernziele im Querschnittsbereich Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren nach der 9. Revision der Approbationsordnung für Ärzte. Die Rehabilitation 2004; 43: 337–347

16. *Bengel J, Gall H, Grande G. et al.* Aus-, Fort- und Weiterbildung „Psychologie in der Rehabilitation“. Die Rehabilitation 2014; 53: 124–130

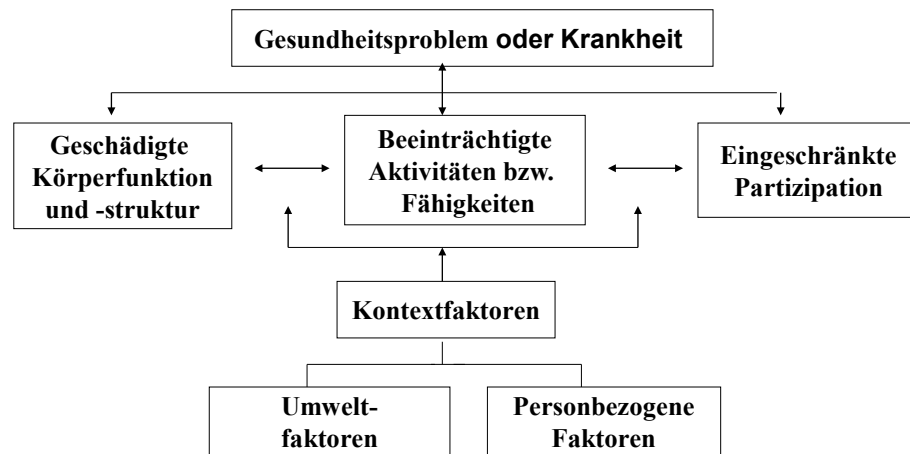
17. *WHO World Health Organization.* International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001

18. *Bengel J, Töns N, Schliehe F.* Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In: B. Strauß & E. Brähler (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie. Medizinische Psychologie (Band I, Grundlagen, S. 47-72). Göttingen: Hogrefe; 2012
19. *Meyer A.* (1917). Progress in teaching psychiatry. *Journal of American Medical Association* 1917; LXIX (11): 861–863
20. *BMAS.* Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; 2012
21. *Muschalla B, Linden M.* Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. Teil 1: Definition, Epidemiologie, Kontextbedingungen und Leistungsbeurteilung. *Der Nervenarzt* 2011; 82: 917–931
22. *Muschalla B, Linden M.* Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. Teil 2: Psychische Erkrankungen im medizinischen Versorgungssystem und therapeutische Maßnahmen. *Der Nervenarzt* 2011; 82: 1187–1200
23. *Stucki G, Cieza A, Melvin J.* The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2007; 39: 279-285
24. *WHO, World Bank.* World Report on Disability. World Health Organization, 2011.
25. *Muschalla B.* Fähigkeitsorientierte Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen. *Verhaltenstherapie* 2014; 24: 48–55
26. *Baltes PB, Baltes MM.* Optimierung durch Selektion und Kompensation. *Zeitschrift für Pädagogik* 1989; 35: 85–105
27. *Bengel J.* Reha-Nachsorge und Wiedereingliederung (Editorial). *Die Rehabilitation* 2015, 54: 1

28. *Linden M, Baron S, Muschalla B et al.* Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Göttingen: Hogrefe; 2015
29. *DRV.* Curriculum Sozialmedizin im Reha-Team. Berlin: DRV Deutsche Rentenversicherung Bund; 2016
30. *Kulik CT, Oldham GR, Hackman JR.* Work Design as an Approach to Person-Environment-Fit. *Journal of Vocational Behavior* 1987; 31: 278–296
31. *Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM.* (Hrsg.) Medizinisch-berufliche orientierte Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2009
32. *Muschalla B, Linden M.* Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. Phänomenologie, Differentialdiagnostik, Therapie, Sozialmedizin. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag; 2013
33. *Nash-Wright J.* Dealing with anxiety disorders in the workplace: importance of early intervention when anxiety leads to absence from work. *Professional Case Management* 2011; 16: 55–59
34. *Faller H, Reusch A, Meng K.* DGRW-Update: Patientenschulung. *Rehabilitation* 2011; 50: 284-291
35. *DRV.* Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Berlin: DRV Bund; 2014. Online abrufbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/positionspapiere/pospap_psych_Erkrankung.html
36. *Härter M, Baumeister H, Bengel J.* (Hrsg.) Psychische Störungen bei körperlicher Krankheit. Berlin: Springer; 2007

37. *Linden M, Muschalla B.* Standardized diagnostic interviews, criteria, and algorithms for mental disorders: garbage in, garbage out. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2012; 262: 535–544
38. *BDP.* Zertifizierungsordnung Fachpsychologe für Rehabilitation. BDP Berufsverband Deutscher Psychologen; 2015
39. *DRV.* Psychische Störungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Expertenpapier zu Handlungsfeldern der Deutschen Rentenversicherung. Stand 5.8.2015. Berlin: DRV Bund; 2015
40. *DGPs/DGPT.* Struktur Direktstudium Psychotherapie, erstellt von der Kommission Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der psychodynamischen Hochschullehrerinnen und –lehrer sowie unter Hinzuziehung weiterer Experten Arbeitspapier Version 2 (7.10.2014). DGPs, DGPT; 2014.
41. *BPtK.* Reform des Psychotherapeutengesetzes. Details einer Approbationsordnung, Änderungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung und weitere Aspekte Schriftliche Befragung zur Unterstützung der Arbeit des Projektes Transition. Synopse der Antworten. Berlin: BPtK Bundespsychotherapeutenkammer; 2015

Abbildung 1. Biopsychosoziales Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF (zitiert nach Bengel et al., 2012; Linden et al., 2015)



Autorenportraits

Dr. Beate Muschalla, Psychologische Psychotherapeutin Verhaltenstherapie, arbeitet an der Freien Universität Berlin und als leitende Psychologin der Abteilung Rehabilitation bei der DRV Bund, zuvor langjährige Tätigkeit als Wissenschaftlerin und Psychotherapeutin in Rehabilitationskliniken. Seit 2004 beschäftigt sie sich in Praxis und Forschung mit arbeitsplatzbezogenen Ängsten und Fähigkeitsbeeinträchtigungen und mit Sozialmedizin.

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, Psychologischer Psychotherapeut. Er ist Direktor der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie an der Universität Freiburg. Die Arbeitsschwerpunkte sind Psychologie in der Rehabilitation, psychologische Diagnostik, Psychotraumatologie und Versorgungsforschung; er leitet die Ambulanz für Somatopsychologie und das Freiburger Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie.

Prof. Dr. Matthias Morfeld ist Inhaber der Professur "System der Rehabilitation" am Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften an der Hochschule Magdeburg-Stendal und forscht zu Fragen der Weiterentwicklung der Rehabilitation. Er ist Mitglied im Vorstand der DGRW.

Dr. Ulrike Worringen, Psychologische Psychotherapeutin. Sie ist leitende Psychologin der Deutschen Rentenversicherung Bund und Mitglied der DGRW.